

De estos 35 pacientes que tomaban laxantes, 12 ancianos consumían un laxante osmótico (lactulosa y lactitol...), 6 pacientes tomaban estimulantes de la movilidad (bisacodilo, cáscara sagrada, dantrón...) y 17 pacientes tomaban fármacos formadores de masa (*psyllium*, metilcelulosa...).

En 12 pacientes (5,6%) se documentó toma de medicamento responsable del estreñimiento (opiáceos, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos y antipsicóticos fundamentalmente).

De los 38 pacientes con estreñimiento objetivo, sólo 9 pacientes (23,6%) realizaban *dieta rica en fibra* (evaluado por el consumo de fibra dietética o fibra cruda en gramos al día).

La sensación subjetiva de estreñimiento (explorado con la pregunta «¿es usted estreñado?») tiene una sensibilidad del 86,8% y una especificidad del 83,6% respecto al objetivo. Las conclusiones del trabajo se reflejan a continuación:

1. La prevalencia del estreñimiento objetivo en la población estudiada fue de un 17,7% (12-23,4). Esta cifra es significativamente mayor que una de las citas bibliográficas revisadas, que cifra la prevalencia del estreñimiento en la población mayor de 65 años en más del 4%⁶, pero se iguala a otra revisión donde la prevalencia en la población mayor de 70 años se sitúa en un 10-30%².

2. El estreñimiento es más frecuente entre las mujeres, dato que coincide con la bibliografía revisada^{2,6}, así como el consumo de laxantes.

3. No encontramos diferencia significativa en la prevalencia del estreñimiento según la edad.

4. La pregunta «¿es usted estreñado?» puede ser útil como método de cribado en esta patología.

5. Los pacientes estreñidos no realizan adecuadamente dieta rica en fibra. Sería conveniente que en AP in-

sistiéramos en iniciar dieta, previa al uso de laxantes.

M.T. Campillos Páez, M.L. Vallés Ugarte, T. San Laureano Palomero y M. Pérez Hernánsaiz

Centro de Salud Fátima.
Área 11 de AP de Madrid.

1. Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López Muñoz A, Vidal C, López de Castro F. Trastornos comunes de salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16: 13-18.
2. Gil MI. Estreñimiento crónico. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: semFYC 1998; 606-610.
3. Friedman Lawrence S, Isselbacher Kurt J. Diarrea y estreñimiento. En: Harrison's, editor. Principios de medicina interna (14.ª ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998; 277-279.
4. Molero García JM, Miguel Calvo I, Muñoz González F. La diarrea crónica. *FMC* 1998; 5: 157-170.
5. Prieto Lozano A, Wilke Trinxant A, Soldado Ordóñez C, Moliner Molins C, Gené Baia J. Uso racional de fármacos en el anciano. *Aten Primaria* 1997; 19: 96-100.
6. Malmierca Sánchez AJ, García Domínguez JM. Estreñimiento. Manual práctico de medicina general. Madrid: Sociedad Española de Medicina General 1998; 1467-1474.

Sobre la adscripción de población a enfermería

Enfermería; Equipo atención primaria; Gestión sanitaria.

Sr. Director: Referente al artículo publicado el 15 de marzo del 2000, volumen 25, número 4, en el cual, como conclusiones, se menciona que la adscripción de población a enfermería favorecería la longitudinalidad de «la atención, el compromiso con la población y la oferta real de servicios», queremos exponer que estamos

de acuerdo con su conclusión y que podemos aportar nuestra experiencia profesional en este sistema de trabajo que proponen.

En 1991, con motivo de la creación del ABS Martorelles/Sant Fost, que incluye una población de 16.000 habitantes, se hizo la propuesta, por parte de enfermería, de un sistema organizativo diferente a las UBA existentes hasta el momento.

Toda la población del ABS está incluida en el programa de distribución por familias que se realiza mediante la sectorización de la población por zonas de características similares. A partir del censo municipal, se asigna a cada profesional un número similar de individuos. Para facilitar a la población la identificación de los profesionales responsables de su atención, se diseñó un modelo similar al que utiliza la cartilla sanitaria, incorporando el nombre de todos los profesionales responsables: médico, pediatra y enfermera, así como los horarios de atención.

De los resultados obtenidos, cabe destacar los de atención domiciliaria, que tienen un incremento en el tiempo de dedicación así como en el número de visitas.

Siendo éste un dato cuantitativo importante, nosotros valoramos la importancia de la continuidad y longitudinalidad que ofrecemos, teniendo en cuenta que también se prestan servicios de atención continuada.

Os felicitamos por vuestro trabajo y os agradecemos vuestra publicación, ya que vuestros expertos llegan a la conclusión de que nuestro sistema organizativo es útil (entre otras cosas) para rentabilizar los recursos, consiguiendo aumentar la operatividad de enfermería e incrementar su eficiencia de manera progresiva.

M. Gómez, M. Navarro, E. Mendoza y E. Santos

ABS Martorelles (Barcelona).